

ご自身の記号番号は①～③のいずれかでご確認ください。①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)

| | | | | | |
|-------|------|-----|---|---|---|
| 定 伺 | 支給決定 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 支給決定額 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 | |
| 円 | | | | | |

被 保 険 者 家 族 出 産 育 児 一 時 金 請 求 書

| | | | | |
|--|---|-------------------------------|---------------|---|
| 被 保 険 者 等 記 号 番 号 | 3 1 1 - 1 2 3 4 5 | 事業所の名称 | 〇〇〇株式会社 | <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> 喪失後請求 |
| 資格取得年月日 | 昭・平・令 30年4月1日 | 資格喪失年月日 | 令和 年 月 日 | |
| 出産されたのが被扶養者であるとき | その方の氏名 健保 花子 扶養認定日 昭・平・令 2年4月1日 | 生年月日 | 昭和 平成 3年8月13日 | *扶養認定後6ヶ月以内又は資格喪失後6ヶ月以内の出産のときは下証明欄に健康保険機関の証明を受けてください。 |
| 出産年月日 | 令和 4年6月30日 | 出生児数 | 1人 | 死産児数 人 |
| 出生児が被扶養者であるかどうか | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 | 被保険者との続柄 | 長女 | |
| 被 保 険 者 欄 | 上記の通り請求します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 4年 7 月 15 日 | | | |
| | 被 保 険 者 の 住 所 | 〒〇〇〇 - ×××× 東京都〇〇区△△町1-2-3 | | |
| | 氏 名 (フ リ ガ ナ) | 健保 太郎(ケンポ タロウ) | | |
| | 日中連絡の取れる電話番号 | 090-〇〇〇〇-×××× | | |
| 委任状(任意継続の方・資格喪失後の請求のときには記入を要しません。) | 法定給付の受領を 〇〇〇株式会社 に委任いたします。 被保険者 健保 太郎 ※上段にお勤めの事業所名(会社名)、下段に被保険者名をご記入ください。 | | | |
| 医 師 又 は 助 産 師 の 明 証 | 出生年月日 | 令和 年 月 日 | 生産・死産の | 生産・死産 (妊娠第 月又は 週) |
| | 出生児数 | 単胎・多胎 | | |
| | 上記のとおり相違ないことを証明 令和 年 月 日 医療施設の名称・所在地 医師・助産師 | | | |
| *被扶養者認定後6ヶ月以内の出産で家族出産育児一時金を請求するときには以前加入していた健康保険機関で、又、資格喪失後6ヶ月以内の出産で被保険者出産育児一時金を請求するときには現在加入している健康保険機関で次の証明を受けてください。尚、認定後6ヶ月以内の出産で、以前ご加入の機関が国民健康保険の場合は証明は不要ですので下欄の該当箇所チェックを入れ、自治体名をご記入ください。 | | | | |
| 健康保険組合・社会保険事務所又は共済組合証明欄 | 旧(又は現)被保険者証の記号番号 | 氏 名 (旧姓) | 出 産 年月日 | 令和 年 月 日 |
| | 資格取得(又は認定)年月日 | 令和 年 月 日 | 令 和 年 月 日 | |
| | 上記について出産育児一時金(家族)を証明します。 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険加入(自治体: 区・市・町・村) | | | | |
| 振込先(資格喪失後6ヶ月以内の請求のときのみ必ずご記入ください。) | 金融機関 | 振込先は資格喪失後6か月以内の請求時のみご記入ください | | 当 座 |

被保険者等記号311~361の方は委任状欄も必ず記入してください。空欄の場合は返戻となり再提出が必要となります。

国内での出産の場合は「医師又は助産師の証明」を受けてください

健康保険組合・共済組合等の証明は該当する場合のみ証明を受けてください

- * 太枠内にご記入いただき、各種証明を受けてください。
- * 「事業所の名称」欄には、お勤めの(であった)事業所名をご記入ください。任意継続の方、資格喪失後に請求される方は該当の□にチェックを入れてください。
- * 「委任状」欄には、お勤めの事業所名・被保険者名をご記入ください。なお、任意継続の方は記入を要しません
- * 資格喪失後の請求のとき(任意継続であった方を除く)には「振込先」欄に振込みご希望の金融機関名をご記入ください。
- * 医療機関等によって直接支払制度を利用していない旨の記載がなされた出産費用の領収証をご提出ください。(産科医療補償制度に加入する医療機関等で出産された場合には、その旨を証するスタンプが押されていることをご確認ください。)

受 付 印